

QUE RESTE-T-IL DE LEURS AMOURS?

LA CONJUGALITÉ MISE À L'ÉPREUVE PAR LA DÉMENCE¹

La vie conjugale se transforme quand les capacités cognitives d'un des partenaires déclinent. Dans certains cas, la relation de couple s'effiloche progressivement. Plusieurs conjointes (ce sont souvent des femmes) vont prendre soin de leur mari jusqu'à un stade assez avancé de la maladie. Certaines risquent l'épuisement et l'isolement. La plupart devront redéfinir leur rôle. Ces femmes vont tout faire pour soutenir leur conjoint et pourtant, le jour où elles devront se résigner à confier leur homme à d'autres mains, elles se sentiront coupables. Pour les intervenants du milieu de la santé qui les accompagnent dans cette difficile étape, il est essentiel de comprendre les mécanismes en jeu dans pareilles situations. Cet article propose une réflexion sur le sujet.



CAROLINE PELLETIER, M.A.
SERVICE SOCIAL
ÉTUDIANTE AU PROGRAMME DE
DOCTORAT EN GÉRONTOLOGIE
UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
TRAVAILLEUSE SOCIALE AU
MAINTIEN À DOMICILE
CSSS-IUGS



ROCH HURTUBISE, PH. D.
DIRECTEUR ET PROFESSEUR
DÉPARTEMENT DE SERVICE
SOCIAL
UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

1. INTRODUCTION

Dans un contexte où le nombre de personnes âgées s'accroît, il devient important pour les professionnels impliqués de s'intéresser à la compréhension de la transformation des relations conjugales tout au long de la progression des maladies cognitives dégénératives telles les démences. Partant d'observations et d'interventions en contexte de pratique dans le réseau de la santé et des services sociaux depuis quelques années, cet article propose une réflexion sur les enjeux théoriques et pratiques de cette réalité. Il a comme objectif de sensibiliser les intervenants à la réalité vécue par plusieurs couples âgés devant une problématique de maladie dégénérative.

La réflexion initiale a émergé d'un problème de pratique en CSSS à la suite d'un accroissement des demandes de services pour soutenir et alléger la tâche des aidants de personnes atteintes d'une démence. *Le Rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration du plan d'action pour la maladie d'Alzheimer* (2006) indique que « [d]ans 70 % des cas, ce sont des femmes, surtout âgées, qui agissent à titre de proches aidantes en contribuant aux soins requis ». Il est indéniable alors que la relation initiale de couple se transforme lorsqu'il y a une « prise de conscience de la vulnérabilité de l'autre, qui en constitue de toute évidence l'élément déclencheur » (Éthier et coll., 2013) et qui peut être analysée du point de vue de la responsabilité morale qu'éprouvent les conjoints l'un envers l'autre. Nous nous intéresserons à cette transformation de la dyade conjugale lorsqu'un des membres présente des atteintes cognitives, en ciblant dans un premier temps l'influence dans la décision de prendre soin

ou non de l'autre, du contexte social et de l'engagement inconditionnel que peuvent ressentir les époux. Cet engagement, forme d'obligation incontournable, nous amènera à discuter de la transformation du rôle de conjoint et de son adaptation à celui de personne soutien. Enfin, l'enjeu central de la trajectoire de la personne vivant cette transformation sera présenté en suivant le processus de sa construction identitaire dans le couple, sa déconstruction devant la problématique et sa reconstruction qui lui permettra de s'adapter le mieux possible à la situation.

2. L'INFLUENCE DU CONTEXTE SOCIAL ET DE LA MOTIVATION CONJUGALE

Selon nous, la décision de s'occuper du soin d'une autre personne se prend dans un contexte qui diffère selon les individus : les circonstances, et les conditions motivant ce choix varient d'une personne à l'autre. Dans certains cas, la décision semble facile et évidente à prendre et il est possible de réellement parler d'un choix qui s'inscrit dans la continuité d'une relation de réciprocité et de confiance entre les individus. Par ailleurs, les enfants ou les professionnels de la santé peuvent tenir pour acquis le rôle d'aidant du conjoint, ce qui réduirait sa liberté de choisir : prendre soin peut alors devenir une obligation ou une contrainte (Ablitt et coll., 2009, cités dans Éthier et coll., 2013). Nous pouvons constater que si une personne ne refuse pas dès le départ de s'impliquer comme aidante, il lui est beaucoup plus difficile de rectifier le tir par la suite. Le risque d'épuisement devient alors de plus en plus grand. C'est pour cette raison qu'une attention particulière doit être portée par les professionnels afin de ne pas « imposer » le rôle d'aidant au conjoint. Il

¹ Le texte présenté est issu d'un essai réalisé dans le cadre de l'obtention d'un diplôme de maîtrise en service social avec une concentration en gérontologie.

faut considérer qu'un individu a le droit de refuser de devenir une personne soutien étant donné tout ce que ce rôle peut impliquer.

Tel que Gagnon et Saillant (2000) l'expliquent, le lien familial, ou plus précisément le lien conjugal existant chez notre clientèle, implique une obligation morale, une certaine forme de réciprocité obligée et, parfois même, les liens entre individus peuvent être perçus comme une contrainte. Les auteurs expliquent que cette contrainte peut donner lieu à une tension entre l'intention personnelle et l'obligation sociale qui découle du lien familial. La transmission par la famille des valeurs associées aux obligations à l'égard du conjoint est déterminante dans la manière dont les personnes évaluent les choix possibles et les obligations auxquelles elles sont soumises (Gagnon et Saillant, 2000). Actuellement, il y a plus d'aidantes car les femmes ont une espérance de vie plus longue que celle des hommes. Ce qui nous permet de conclure que le sens du devoir et de la responsabilité est inscrit depuis longtemps dans la trajectoire de ces femmes qui se voient à nouveau prendre des décisions qui mobiliseront, de manière importante, leur engagement auprès de leur proche.

L'annonce d'une maladie dégénérative et irréversible provoque une onde de choc au sein du couple et c'est à partir de ce moment qu'en tant que travailleurs sociaux, nous sommes interpellés. Le questionnement sur le devenir conjugal et la transformation du rôle de conjoint sont source d'inquiétudes. Dans toutes les sphères individuelles et conjugales, la réalité du diagnostic provoque un déséquilibre qui nécessite une réorganisation des rôles et des priorités qui doivent être redéfinis pour le couple et la famille (Brugger, 2011).

Malgré tout ce que peut impliquer la réorganisation du couple, il arrive que la conjointe d'une personne en perte d'autonomie que nous rencontrons considère que prendre soin de l'autre est son devoir ultime. Lavoie et Rousseau (2008) expliquent que la demande de services de la part de l'aidante arrive après une longue trajectoire de soins. Du début de la maladie jusqu'au moment venu de demander du soutien extérieur, la conjointe se montre réticente à demander de



La pression sociale est forte: la plupart des gens s'attendent à ce que le conjoint prenne soin de l'autre.

l'aide autant à ses enfants qu'à la communauté (Lavoie et Rousseau, 2008). Lorsque la dame âgée engage les procédures pour mettre en place des services ou faire une demande d'hébergement, les professionnels en contact avec elle ressentent, selon les mêmes auteurs, son besoin de se faire confirmer qu'elle a accompli son devoir et que la demande de services est maintenant l'ultime solution. Quand nous intervenons auprès de ces épouses, nous pouvons sentir une grande culpabilité, chez certaines, à la seule idée d'envisager un relogement, et ce malgré un épuisement évident. Pour Guberman et coll. (2000), cette tendance s'explique par le fait que les couples qui vivent longtemps ensemble ont un sens très fort de leurs devoirs conjugaux. Ils sont profondément convaincus qu'il leur revient de garder leur conjoint malade à la maison jusqu'à sa mort, sans recourir aux services externes, dans la mesure du possible.

Le sens du devoir et de la responsabilité est inscrit depuis longtemps dans la trajectoire de ces femmes.

À partir du moment où la réorganisation des rôles conjugaux implique le choix de prendre soin de l'autre, l'individu n'est plus seulement un conjoint. Il doit conjuguer son statut de conjoint à celui d'aidant; il doit réapprendre à vivre et s'adapter à une personne qui change de jour en jour et qui, jamais plus, ne redeviendra celle qu'elle a été, celle qu'elle a aimée.

Le regard des autres et les valeurs sociales ont donc une place importante dans la prise de décision.

Dans un même ordre d'idées, Lavoie et Rousseau (2008) s'intéressent aux représentations sociales de l'enjeu de *prendre soin au sein du couple* :

[L]a majorité considère que les conjoints et les conjointes, quant à eux, devraient s'engager dans les soins de nature instrumentale en effectuant des tâches ménagères et en donnant des soins personnels (donner le bain et aider à se vêtir et se dévêtir). Une importante minorité, environ 40% des répondants, croit également que les conjoints et les conjointes devraient offrir des soins de nature clinique tels que donner des injections ou changer des pansements. Les conjoints semblent donc investis d'une responsabilité globale à l'égard de leur partenaire, devant s'investir dans les soins instrumentaux, voire cliniques, selon la majorité des répondants. (p. 123).

Le regard des autres et les valeurs sociales ont donc une place importante dans la prise de décision. Cela pourrait expliquer ce qui amène les professionnels à parfois tenir pour acquis que l'épouse d'un homme, par exemple, deviendra automatiquement une aidante si ce dernier perd de son autonomie. Toujours selon Lavoie et Rousseau (2008), la moitié des répondants considèrent tout à fait normal de réduire les heures de travail pour s'occuper de l'autre conjoint et d'en assumer les coûts et les conséquences.

Nous serions donc en présence d'une norme sociale qui balise le rôle du conjoint à l'égard de la personne ayant des déficits tant cognitifs que physiques. Prendre ou ne pas prendre soin est une alternative qui s'inscrit dans une société où les normes culturelles des relations conjugales tendent à définir l'engagement de la conjointe auprès de son mari en difficulté comme le comportement socialement valorisé. Ce choix n'est donc pas complètement individuel et volontaire.

3. TRANSFORMATION ET ADAPTATION DU RÔLE DE LA CONJOINTE VERS LE RÔLE DE PERSONNE SOUTIEN

Au moment de l'annonce d'un diagnostic de démence, les époux comprennent qu'il y aura des changements dans la relation de couple. Un des

conjointes s'attend à ce qu'il y ait une perte d'autonomie chez son partenaire de vie. Nous remarquons que la perte d'autonomie physique est rarement un des premiers symptômes d'une maladie démentielle. Dans les faits, l'autonomie physique peut devenir une source d'insécurité pour l'aidant lorsque son conjoint fait de l'errance ou des fugues. Ce sont plutôt les difficultés cognitives troublant les communications avec l'autre qui permettent de se questionner sur la possibilité d'une démence : atteintes au niveau du langage, du jugement, de l'attention, de la concentration ou encore des capacités d'organisation (Bouvier, Dalpé, Roux et St-André, 2002).

Sur le terrain, nous pouvons constater que, lors d'un processus démentiel normal, la perte des fonctions cognitives se fait graduellement. L'aidant doit comprendre la maladie et apprendre à vivre avec les déficits et difficultés en progression chez son conjoint. Lors d'interventions auprès d'aidantes, nous avons remarqué que plusieurs d'entre elles présentaient un même discours sur cette phase de la vie de couple difficile à traverser : elles doivent faire le deuil de la personne avec laquelle elles ont vécu. Elles doivent, chaque jour, s'adapter à de nouvelles situations. Leur rôle de conjointe se modifie continuellement. Pour certaines de ces personnes, la relation conjugale s'est poursuivie et traverse plusieurs étapes de la vie, plusieurs transitions familiales. Par contre, pour d'autres, la relation conjugale est disparue tranquillement, consécutivement à la perte d'autonomie de leur conjoint et la demande d'aide grandissante. Nous avons observé que le sentiment de ne plus être une épouse, mais une préposée aux bénéficiaires ou une infirmière est beaucoup plus présent. Ce sentiment de devenir une employée, ou d'être tout simplement une personne différente, peut causer une tension au sein du couple. L'aidé peut espérer recevoir des marques d'affection et d'amour, alors que l'autre est épuisé et pense déjà à la tâche suivante. Les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux doivent soutenir la personne-ressource en lui reflétant ses propres besoins de répit, d'affection et de reconnaissance pour ce qu'elle est.

La dyade de couple implique que des liens sont présents dès le début de la fréquentation et

évoluent dans le temps à travers de multiples transitions. Malgré des hauts et des bas, les relations conjugales s'adaptent aux différents changements. Un diagnostic de démence peut provoquer une transition nécessaire au sein du couple et est difficile à vivre, car elle suppose plusieurs pertes. Il y a aura donc une période d'adaptation à la maladie et une recherche d'équilibre entre les conjoints. Dans ce contexte, les intervenants peuvent être interpellés afin d'apporter du soutien au couple et de l'orienter vers les organismes ou associations pouvant répondre à ses besoins.

À partir de nos observations, nous pouvons avancer que, de cette adaptation, deux types de relation peuvent résulter : une relation de réciprocité mutuelle où la notion de couple a encore toute son importance ainsi qu'une relation de dépendance où l'un des conjoints devient un proche soignant. L'évolution du processus dégénératif implique une transformation de la relation de couple initial. Certains de ces couples vivent une réciprocité mutuelle durant toute leur vie commune, mais d'autres relations deviennent à sens unique : aidant-aidé (dépendant). Éthier et coll. (2013) mentionnent que « la dépendance de l'autre ne laisse à l'aidant que peu d'espace, tant physique que moral, pour exprimer sa propre subjectivité en dehors du rapport d'aide ». Comme nous pouvons le constater lorsque nous sommes en contact avec certains aidants, tout devient centré sur le conjoint : rendez-vous médicaux, soins, services externes, etc. En tant que professionnels, nous devons respecter cette dynamique conjugale, mais nous devons aussi rappeler à l'aidant qu'il est une personne à part entière et qu'il peut, lui aussi, avoir des besoins. Nous sommes présents pour lui offrir du soutien, mais avant tout pour entendre ses besoins réels.

4. LE PROCESSUS DE CONSTRUCTION IDENTITAIRE LORS DES TRANSITIONS

Que ce soit dans la littérature ou dans la pratique, il apparaît que la transition du rôle de conjoint vers le rôle de proche aidant implique que la personne devra vivre une reconstruction de son identité. Vincent Caradec (2004, cité dans Lavoie et Rousseau, 2008) explique que toutes les transitions impliquent l'activation de trois processus de construction de l'identité. Une meilleure compré-

hension de ces processus nous permet de comprendre les changements qui s'effectuent au niveau de la dyade conjugale et nous prépare à mieux intervenir.

Tout d'abord, tous les moments critiques vécus dans la vie amènent à réfléchir sur soi et créent un renouvellement du récit de soi (Caradec, 2004, cité dans Lavoie et Rousseau, 2008). Par exemple, lorsqu'une femme décide de prendre soin de son époux, elle comprend qu'elle-même change et que sa relation de couple ne sera plus ce qu'elle était. Avant, elle était tout simplement une épouse, à la retraite, qui avait la chance de faire de beaux voyages en couple et profitait pleinement de la vie. Maintenant, en plus d'être une épouse, elle doit changer les protections de son conjoint, lui trouver constamment des tâches ménagères à faire pour l'occuper, lui donner la même réponse pour la même question plusieurs fois par jour, s'assurer que son époux ne sorte pas à l'extérieur de la maison seul, car il pourrait se perdre, etc. En tant que conjointe, elle s'assurera que son époux reçoive les bons soins et soit en sécurité dans la mesure du possible. Son propre récit de vie se trouve complètement chamboulé par rapport à ce qu'elle avait probablement imaginé pour sa retraite. Elle doit s'adapter à cette nouvelle situation, ce qui aura un impact sur sa vie personnelle et les limites qu'elle pourrait donner à son rôle d'aidante.

Ensuite, Caradec explique que toutes les transitions impliquent une transformation dans l'économie de ses engagements. Nous pouvons constater que, pour certains, la vie semble se limiter au seul rôle d'aidant, les autres sphères de l'existence étant mises en veilleuse, voire négligées. Nous avons parfois l'impression que la personne-soutien s'oublie dans cette relation. Notre rôle est de lui rappeler qu'elle doit aussi penser à elle et qu'elle doit prendre du temps pour elle-même.

Enfin, toujours selon Caradec, les transitions identitaires conduisent à un appauvrissement du réseau social et familial de l'individu. Cet appau-



la santé,
une passion à partager

Les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux doivent soutenir la personne-ressource en lui reflétant ses propres besoins de répit, d'affection et de reconnaissance.



Recevoir de l'aide extérieure peut favoriser une certaine socialisation chez le couple dont un des conjoints est atteint d'une maladie cognitive.

vrissement se produit parce que les conjoints aidants limitent leurs contacts avec l'extérieur. Leur seul réseau devient celui de la famille, soit un réseau très limité selon les familles ou le type des relations qui y règnent. Lorsque le couple accepte de recevoir de l'aide extérieure (du CLSC, d'une coopérative de services ou de toute autre ressource), cela permet de maintenir un certain niveau de socialisation qui peut s'avérer bénéfique autant pour la personne en perte d'autonomie que pour celle qui en prend soin.

Même si, en théorie, il existe trois types de transition pour compléter un processus identitaire, il ne faut pas oublier de prendre en considération que la relation de couple n'est pas statique. En effet, les résultats de l'étude doctorale de Éthier

(2012), qui consistait à comprendre la construction de la responsabilité morale des personnes soutien en lien avec le traitement pharmacologique de leur proche atteint de la maladie d'Alzheimer, ont permis de démontrer que la dyade conjugale pouvait se transformer. L'auteure mentionne que, dans la relation aidant-aidé issue d'un processus cognitif dégénératif, certains aidants identifient « l'éloignement, la rupture d'alliance conjugale, le renoncement de soi, puis l'agnosie, un

trouble de la reconnaissance, notamment des personnes, lesquels participent significativement à la modification du rapport relationnel » (Éthier,

L'aide extérieure [...] permet de maintenir un certain niveau de socialisation qui peut s'avérer bénéfique autant pour la personne en perte d'autonomie que pour celle qui en prend soin.

2012), d'autres parlent « de rapprochements, de fusion, de symbiose et de réciprocité » (Éthier, 2012). Ces résultats permettent de nous sensibiliser au fait que la transformation de la relation conjugale n'est pas toujours négative malgré la problématique vécue.

5. LA DISSONANCE COGNITIVE

Les transitions présentées précédemment permettent de saisir un processus que nous pourrions associer à la dissonance cognitive. En réalité, c'est un processus décisionnel ardu qui implique une tension entre le choix réel de la personne et l'influence contextuelle qui fera en sorte que, finalement, l'individu mettra le doigt dans l'engrenage de la relation aidant-aidé. La notion classique de dissonance cognitive en psychologie peut être utilisée ici pour comprendre les défis auxquels sont confrontées les aidantes et les aidants. Elle se produit lorsqu'il devient plus difficile pour un individu de prendre une décision par rapport au rôle qu'il souhaite assumer (Festinger, 1957, cité dans Vaidis, Halimi-Falkowicz, 2013), tel celui de devenir un aidant. Elle prend la forme d'un conflit entre des attentes qui sont contradictoires.

La dissonance cognitive se trouve dans le choix que doit faire le conjoint le moins vulnérable. Que faire devant les pressions d'ordre social? Prendre soin, ou non? Par exemple, cette dissonance émane de la tension subie par une femme, qui selon ses valeurs, ses principes et ses croyances, doit prendre soin de son époux, mais qui n'en a plus la capacité, l'énergie, voire la volonté. Pourquoi cela lui arrive-t-il à elle? À son époux? A-t-elle été une bonne épouse? A-t-elle été jusqu'au bout, tel qu'elle l'avait promis? Aurait-elle encore quelques forces à lui consacrer, quitte à être elle-même hospitalisée? Aurait-elle pu faire mieux? A-t-elle respecté ses engagements, ses valeurs? Pourra-t-elle se reprocher de l'avoir abandonné? La culpabilité peut orienter la manière dont se formulera une demande de services ou d'hébergement devenue inévitable et à laquelle nous devons répondre. Au-delà de la solution pragmatique à trouver pour son conjoint (un hébergement de qualité répondant aux besoins), cette femme vit donc des tensions internes importantes. Cette tension interne est telle que, pour retrouver un équilibre, elle devra

modifier ses croyances et ses attitudes, en changeant sa perception de la situation (Festinger, 1957, cité dans Vaidis, Halimi-Falkowicz, 2013). Par exemple, une femme peut avoir comme valeur l'obligation de prendre soin de son époux peu importe la tâche que cela représente. Sa perception change lorsqu'elle comprend, au fil de ses visites auprès de lui dans un milieu correspondant à ses besoins, que le temps passé auprès de son époux est un temps de qualité. Ce moment où elle peut profiter de lui et non pas donner des soins constamment, elle ne l'aurait pas à domicile. Le changement de perception peut se faire après quelques semaines ou quelques mois, avec du soutien et de l'aide de professionnels ainsi que celle de l'entourage. S'il n'y a pas de changement dans les valeurs, les aidants peuvent vivre de la culpabilité devant des décisions déchirantes qui ont dû être prises et ils auront de la difficulté à cheminer dans le processus de deuil qu'implique la séparation physique du couple.

CONCLUSION

Cet article avait pour but de réfléchir à l'impact que peut avoir un diagnostic de démence dans une relation conjugale. Le diagnostic en soi est un choc à recevoir, mais il implique une transformation au sein du couple. Considérant l'adaptation à laquelle l'aidant doit faire face, l'influence du contexte social et les valeurs de ces personnes feront en sorte qu'il y aura une relation d'aide ou non.

Le processus démentiel est une source d'insécurité, car l'individu qui en est atteint changera au fil du temps. Ses capacités cognitives diminuent et ses comportements peuvent autant rester les mêmes que changer complètement. La personne qui se retrouve dans le rôle d'aidant doit se reconstruire une identité personnelle, mais doit aussi reconstruire une identité conjugale qui devra être à l'épreuve de la maladie, et ainsi ramener un équilibre dans la relation de couple. En tant qu'intervenants sociaux, nous pouvons les aider à cheminer et les accompagner dans ce processus de reconstruction identitaire.

Malgré tout, l'aidant doit comprendre que jamais plus il ne retrouvera l'homme ou la femme qu'il a connu, qui a partagé sa vie et qu'il a aimé. Il devra faire le deuil de son couple tel qu'il existait avant la maladie.

Que restera-t-il de leurs amours ?

RÉFÉRENCES

- Bouvier, A., Dalpé, L., Roux, S. et St-André, S. (2002). *Guide pratique à l'intention des familles et amis(es) des personnes atteintes de démence vasculaire*, Hôpital de jour de Sherbrooke, 2002, p. 26.
- Brugger, S. (2011). *Les émotions et le bien-être psychique des aidants naturels accompagnant des personnes atteintes de démence* (thèse de Bachelor), Haute École de Santé, Fngbourg, p. 79.
- Éthier, S., Boire Lavigne, A.-M. et Garon, S. (2013). La dyade aidant-aidé atteint d'Alzheimer : entre asymétrie et sentiment de réciprocité. *Gérontologie et société*, (144), p. 121-131, doi :10.3917/g.s.144.0121
- Éthier, S. (2012). *L'engagement des aidants dans le traitement pharmacologique de la maladie d'Alzheimer : une expérience construite sur la responsabilité morale à l'égard de leur proche*. Thèse de doctorat. Sherbrooke : Canada. Université de Sherbrooke. 454 p.
- Gagnon, É. et Saillant, F. (2000). *De la dépendance et de l'accompagnement. Soins à domicile et liens*, Les Presses de l'Université Laval, LHarmattan, St-Nicolas, p. 232.
- Guberman N., Lavoie, J.-P., Pépin, J., Lauzon, S. et Montejó, M.É. (2006). Formal Service Practitioners' View of Family Caregivers' Responsibilities and Difficulties. *Canadian Journal on Aging*, 25(1), p. 43-53.
- Lavoie, J-P et Rousseau, N. (2008). Pour le meilleur et pour le pire, Transition aux soins et identités conjugales. *Enfances, Familles et Générations*, 9, p. 119-132.
- Santé et Services sociaux Québec. (2006). *Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence, Rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer*. Récupéré le 22 juin 2013 de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-829-01W.pdf>.
- Vaidis, D. et Halimi-Falkowicz, S. (2013). *La théorie de la dissonance cognitive*, récupéré le 22 juin 2013 de http://www.psychologiesociale.com/index.php?option=com_content&task=view&id=366&Itemid=85.